



VU Research Portal

GGZ in eerste en tweede lijn: de symptomen voorbij?

van Dyck, R.

2008

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

van Dyck, R. (2008). *GGZ in eerste en tweede lijn: de symptomen voorbij?*

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

GGZ in eerste en tweede lijn: de symptomen voorbij?

prof.dr. R. van Dyck

*Rede uitgesproken ter gelegenheid van zijn afscheid als hoogleraar
Psychiatrie aan het Vrije Universiteit Amsterdam / VU Medisch Centrum op
5 oktober 2007.*

Meneer de Rector, dames en heren,

In haar oratie heeft collega Penninx¹ betoogd dat depressie en angst veel voorkomende en belastende gezondheidsproblemen vormen. U hebt ook begrepen dat de conceptualisering van depressie en angst aan herziening toe is. Patiënten kunnen echter moeilijk wachten tot NESDA klaar is met het ontrafelen van het beloop en de determinanten; de behoefte aan behandeling is er nu al. Die behoefte doet zich voor in de eerste lijn, de huisartsenpraktijk, en in de gespecialiseerde Geestelijke Gezondheidszorg of tweede lijn.

Gelukkig zijn er al behandelingen met een zekere effectiviteit. Voornamelijk in de tweede lijn, zijn vanaf de jaren zeventig, voor depressie wat eerder, voor angststoornissen werkzame behandelingen ontwikkeld. Die werkzaamheid is door veel onderzoek in de tweede lijn bevestigd, zodat we van empirisch ondersteunde of evidence- based behandelingen kunnen spreken.

Als we ons tot de grote lijn beperken, kunnen we stellen dat twee types interventies werkzaam zijn tegen de symptomen van angst en depressie: enerzijds antidepressieve medicatie, in de vorm van de oudere Tricyclische Antidepressiva of de nieuwere Selectieve Serotonine Heropname Remmers en anderzijds psychotherapie in de vorm van gedragstherapie of cognitieve therapie, vaak samengevoegd tot cognitieve gedragstherapie^{2,3}. Wat vrij eenduidig blijkt is dat CGT op termijn met minder recidieven gepaard gaat. Na gebruik van medicatie treedt naar verhouding meer terugval op. Toch wordt medicatie nog veelvuldig gebruikt, al was het maar vanwege het feit dat voor CGT maandenlange wachtlijsten bestaan en steeds opnieuw ontstaan.

Er zijn nog wel andere interventies die effect hebben, maar die laten we even buiten beschouwing. Overzichten van de internationale literatuur laten zien

dat alles bij elkaar voor angst en depressie farmacotherapie en CGT een duidelijk positief effect hebben dat sterker is dan placebo of dan spontaan herstel. Maar dat effect is lang niet groot genoeg om zelfs maar in de helft van de gevallen tot herstel te leiden. Over de omvang van de verbetering, die met gedragstherapie bereikt wordt zei Isaac Marks⁴, de engelse psychiater en pionier op het gebied van behandeling van angststoornissen in 1981: “improvement is the rule, cure is the exception.” In feite is dit nog steeds waar, ook voor de medicatie. Voor depressie heeft men lang gedacht dat de effecten gunstiger zijn, maar dat lijkt niet echt het geval. Eigenlijk heb ik hiermee de vraag uit de titel van mijn rede, “de symptomen voorbij?” ontkennend beantwoord en we zouden de zitting kunnen afronden. Nu ik hier toch sta wilde ik gaarne nog een paar kanttekeningen toevoegen.

Een goede vervolgvraag is: worden de mensen met de diagnose angststoornis of depressie ook behandeld met deze effectief gebleken interventies? Daarbij is van belang om in gedachten te houden dat deze behandelingen in de tweede lijn zijn ontwikkeld. De volgende vraag wordt dus: werken de behandelingen ook even goed in de eerste lijn, waar de overgrote meerderheid van de patiënten met angst en depressie te vinden is? Aanvankelijk werd dit voor een open deur gehouden: patiënten die voldoen aan de diagnostische criteria zullen heus wel goed reageren op de passende therapie. Later is men ook onderzoek gaan doen om na te gaan of dat echt wel waar is en dat leverde soms opmerkelijke resultaten op. Veel van dat onderzoek is in Nederland uitgevoerd en wel in Groningen, in Amsterdam en Leiden. Op deze drie universiteiten bestond een vruchtbare samenwerking tussen de vakgroepen huisartsengeneeskunde, klinische psychologie en psychiatrie, wat er ook mede toe heeft geleid dat deze afdelingen deelnemers van het NESDA consortium zijn geworden. Ik wil nu enkele van deze studies, die in dissertaties zijn uitgemond, met u bespreken, niet bij wijze van literatuuroverzicht of als bewijsvoering, maar meer als illustratiemateriaal waar wel wat uit te leren valt.

Een eerste voorbeeld is de dissertatie van Margot de Waal en Ingrid Arnold⁵ uit Leiden bij somatiserende patiënten in de eerste lijn. Somatiseren is weliswaar niet hetzelfde als angst of depressie, maar de overlap is groot. Bovendien was hun interventie, cognitieve gedragstherapie, een therapie die ook bij angst of depressie gebruikelijk is.

Ze verdeelden 65 eerstelijnspatiënten met somatisatie over twee condities: de gebruikelijke huisartsenzorg versus cognitieve gedragstherapie uitgevoerd door een getrainde huisarts.

In tegenstelling tot hun verwachting, was er geen verschil in verbetering tussen de patiënten die de gebruikelijke zorg of degenen die cognitieve gedragstherapie ontvingen.

We schorten de pogingen tot verklaring van deze negatieve bevinding even op en gaan naar Amsterdam met de volgende dissertatie: Anneke van Schaik⁶ onderzocht 143 depressieve eerstelijns patiënten ouder dan 55 jaar en verdeelde hen over een verkorte behandeling met Interpersonele Therapie of de gebruikelijke zorg van de huisarts. IPT is een behandeling waarvan net als Cognitieve Gedragstherapie het effect bij depressie in de tweede lijn is aangetoond.⁷ Op grond van buitenlands onderzoek verwachtte ze dat in de IPT groep twee maal zoveel patiënten na behandeling hersteld zouden zijn dan na de gebruikelijke zorg. Dit resultaat werd niet bereikt. Er was wel een verschil na zes maanden in het aantal patiënten bij wie de diagnose depressie nog van toepassing was, ten voordele van de IPT conditie. Met name de patiënten met aanvankelijk hoge depressiescores bleken van de IPT behandeling te profiteren.

Het valt dus op dat de in de tweede lijn effectief gebleken behandeling beneden de verwachtingen scoort in de eerste lijn.

Dit patroon zet zich voort:

Bettine Schreuders⁸ promoveerde recent aan de VU met een onderzoek waarbij Problem Solving Therapy, ook al effectief gebleken in de tweede lijn,

werd vergeleken met alleen de gebruikelijke huisartsenzorg bij 127 eerstelijns patiënten.

Ook hier bleek dat op de uitkomstmaten angst en depressie de Problem Solving Therapy niet meer opleverde dan de gebruikelijke zorg. En ook in deze studie werd gevonden dat de subgroep van ernstiger depressieve patiënten na drie maand meer herstelden met de PST.

Het volgende proefschrift in deze serie is dat van Christine van Boeijen⁹. Haar opzet was om angstpatiënten uit de eerste lijn te verdelen over drie behandelcondities: de gebruikelijke zorg volgens de huisartsenstandaard, ten tweede een nieuwe behandeling in de vorm van een zelfhulphandleiding met beperkte begeleiding door de huisarts en als gouden standaard cognitieve gedragstherapie verstrekt door ervaren behandelaars op de gespecialiseerde angstpolikliniek. De onderzoekers waren wel verrast, maar u inmiddels niet meer, toen bleek alle behandelcondities evenveel vooruitgang opleverden.

Totnogtoe hebben we alleen psychotherapeutische interventies besproken. Er zijn ook nog de antidepressiva, de voor angst en depressie werkzame medicijnen.

Marleen Hermens¹⁰ onderzocht 181 eerstelijns patiënten met een lichte tot matig ernstige depressie in een zogenaamde equivalentietrial. Hierbij is het de bedoeling aan te tonen dat twee behandelingen gelijkwaardig zijn. Dit stelt hogere eisen dan aantonen dat er wel een verschil is. Het ging om de vergelijking tussen 4 adviesgesprekken door de huisarts versus 4 gesprekken plus het gebruik van het antidepressivum paroxetine. Inderdaad, na 6 weken werd gevonden dat de behandelingen gelijkwaardig zijn. Bij de latere meetpunten namelijk 13, 26 en 52 weken blijft de kwestie open: er werd geen superioriteit van de toepassing van medicatie gevonden, maar er kon ook niet worden aangetoond dat huisartsenzorg met of zonder medicatie gelijkwaardig is.

We gaan tot slot naar twee studies met wat complexere interventies, waarin zowel medicatie als psychotherapie een rol speelden. De eerste uit Groningen, is van Henk Jan Conradi ¹¹ die de resultaten op lange termijn onderzocht van vier behandelingen voor 267 depressieve patiënten uit de eerste lijn: de gebruikelijke huisartsenzorg, deze zorg versterkt met een speciaal ontwikkeld PEP programma, het voorgaande plus een consult van een psychiater die over medicatie adviseerde, of versterkt door korte Cognitieve Gedragstherapie en hij volgde deze patiënten gedurende 3 jaar. Na het voorgaande denkt u wellicht dat het allemaal niets uitmaakte, maar dan vergist u zich. Zowel de groep met het psychiatrische consult als de groep met de cognitieve therapie had op het eind van de studie minder klachten dan die met de gebruikelijke zorg en met het educatieprogramma.

Tot slot keren we terug naar Amsterdam. Christina van der Feltz ¹² recruteerde in 36 huisartsenpraktijken 81 patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten. Zoals we al zagen heeft een groot deel van dergelijke patiënten een depressie of angststoornis. De helft van de patiënten werd terugverwezen naar de huisarts voor gebruikelijke zorg. De andere helft werd door de psychiater in consult gezien waarna een verslag met behandelplan werd opgesteld, dat met de huisarts en de patiënt samen werd besproken en waar een behandelcontract uit volgde. De behandeling op basis van cognitief gedragstherapeutische principes en eventueel aangevuld met medicatie, werd door de huisarts uitgevoerd.

Na 6 weken en 6 maanden vertoonden de aldus behandelde patiënten in vergelijking tot de patiënten die gebruikelijke zorg ontvingen, een sterke daling van de lichamelijke klachten en een toename van psychisch welbevinden. In tegenstelling tot de patiënten die gebruikelijke zorg ontvingen nam hun zorggebruik niet meer toe. Deze en de vorige interventie heeft kenmerken van wat we verder bespreken als Collaborative Care, een begrip waar we ook op terugkomen.

Halverwege deze rede is het moment dan om een paar tussentijdse conclusies te formuleren:

1. GGZ onderzoek in de eerste lijn valt niet altijd mee
2. Interventies uit de tweede lijn hebben niet altijd het verwachte effect
3. Wellicht is het onderscheiden van subgroepen belangrijk
4. Behalve korte termijneffecten moet ook de lange termijn onderzocht worden
5. Interventies uit het buitenland doen het in Nederland vaak minder goed
6. Samenwerkingsvormen tussen eerste en tweede lijn lijken nader onderzoek waard

Het eerste punt hoef ik niet toe te lichten. Lastig, maar wel zeer zinvol is mijn overtuiging. Het tweede geldt zowel voor medicatie als psychotherapie en heeft ermee te maken dat in de eerste lijn zich andere patiënten ophouden dan in de tweede lijn. Weliswaar kunnen ze dezelfde diagnose hebben, maar doorgaans hebben ze minder ernstige klachten, minder lang bestaande klachten, en een aantal van hen zal ook zonder behandeling binnen een aantal maanden opknappen. Tegelijk bevinden zich in de eerste lijn ook chronische patiënten die in de tweede lijn al "uitbehandeld" zijn maar nog veel klachten houden. Het wordt met dergelijke heterogene groepen veel lastiger om een verschil in effect tussen twee behandelingen aan te tonen dan in de meer homogene groepen met een ernstiger klachtenniveau en minder neiging tot spontaan herstel, zoals die in de tweede lijnsstudies worden aangetroffen.

Wat betreft het derde punt: het is nog niet duidelijk wat de juiste dosis en duur van behandeling is in de eerste lijn. Meestal probeert men een tweede

lijnsbehandeling wat in te korten, maar dat is voor de wat ernstiger klachten waarschijnlijk weer te weinig. Kortom, dit is werk in uitvoering en het later te bespreken concept van stepped care of getrapte zorg is wellicht een goede aanpak. Bij welke subgroepen welke interventie passend is moet nog blijken. NESDA zal ongetwijfeld beloopdata opleveren die deze beslissingen kunnen ondersteunen.

Punt 4: Projectsubsidies zijn als regel maar net toereikend voor een korte termijn studie. Met een longitudinale studie zoals NESDA zal het ook lukken om lange termijnbeloop in beeld te brengen.

Punt 5. ik denk niet dat dit berust op xenofobie. Een verschil met veel buitenland, in het bijzonder de Verenigde Staten, is het niveau van de gebruikelijke zorg. In de USA is de gebruikelijke zorg in veel gevallen het beste te omschrijven als het ontbreken van zorg. Het is dan ook gemakkelijker een verschil te vinden met een gerichte interventie. In Nederland, met een goed georganiseerde eerste lijn, die vaak met Standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap werkt, kost het aanzienlijk meer moeite om het verschil te maken.

Punt 6 heeft betrekking op de laatste twee studies en ik kom daar op terug.

De huisartsen hebben aanbevelingen voor behandeling en beleid samengevat in Standaarden¹³, waarbij ze de totnogtoe beschikbare kennis hebben verwerkt.

De twee uiterste alternatieven zijn: watchful waiting versus doorverwijzen; daartussen liggen interventies door de huisarts zoals counseling en/of medicatie. In elk geval zijn alle mogelijkheden waarvoor empirische steun bestaat ook opgenomen.

Ook voor de tweede lijn bestaan op onderzoek gebaseerde Richtlijnen^{2,3} en op dit moment worden die herzien om tot interdisciplinaire Richtlijnen voor Angst en Depressie voor eerste en tweede lijn te komen. Hoewel dit uitstekende initiatieven zijn is het probleem van angst en depressie daarmee niet opgelost. Van Balkom¹⁴ wijst er op dat het simpelweg beschikbaar

maken en rondsturen van Richtlijnen weinig effect sorteert. Dat is zelfs in academische kringen niet het geval: een studie in de USA toonde aan, dat bij aan de universiteit gelieerde eerstelijnsvoorzieningen maar 1 op de 3 angstpatiënten een vorm van medicatie of psychotherapie kreeg, die aan de richtlijnen voldoet¹⁵. Hoewel Nederland in vergelijking tot andere Europese landen tamelijk gunstig scoort, zijn de cijfers nog verre van optimaal: voor angst en depressie komen 57% van de behandelingen in de tweede lijn en 23 % van die in de eerste lijn overeen met de aanbevelingen uit de Richtlijnen¹⁶.

Iedere behandelaar weet dat het moeilijk is om patiënten tot blijvend ander gedrag te inspireren, maar behandelaars zijn zelf niet anders. Eenvoudige implementatieprojecten om de invoering van Richtlijnen te ondersteunen hebben vaak maar een beperkt en voorbijgaand effect: behandelaars vallen vaak terug in hun oude routine en alleen complexe ondernemingen, die ingrijpen op de organisatie van de zorg lijken een consistent en substantieel effect op te leveren¹⁷. Dit punt moeten we in gedachten houden.

De vraag is overigens gewettigd of het toepassen van richtlijnen wel een beter effect oplevert. Dit is vooral onderzocht voor depressie. De conclusie is, dat behandelingen waarbij een Richtlijn of algoritme gevolgd is ook op patiëntniveau betere resultaten opleveren^{18,19}. Er is geen reden om te veronderstellen dat bij angst de situatie wezenlijk anders zal zijn.

Richtlijnen maken wel verschil, maar ze worden dus lang niet altijd toegepast. Maar dat is niet het enige probleem.

Ormel en co-auteurs^{20, 21} signaleren een onderbehandeling van depressie en noemen daarbij, behalve het niet toepassen van de Richtlijnen, ook nog de volgende oorzaken van onderbehandeling: een deel van de depressieve patiënten zoekt helemaal geen hulp, niet bij de huisarts en niet in de tweede lijn en veel patiënten stoppen te vroeg met de behandeling.

Reeds eerder had Ormel c.s.²² gewezen op de problemen bij de herkenning van depressie in de eerste lijn. Gegeven het feit dat de meerderheid van de patiënten in de eerste lijn met angst of depressie de problemen aankaart in de vorm van lichamelijke klachten, en het stellen van een psychiatrische diagnose in principe een tijdrovende zaak is, blijft het goed onderkennen van angst en depressie in het kader van het gebruikelijke 10 minuten spreekuur een lastige zaak.

In de proefschriften van Van Os²³ en Tiemens²⁴ is getracht met behulp van een screeningsinstrument en training van huisartsen de herkenning te verbeteren. Kort samengevat blijkt de training wel een positief effect te hebben op herkenning, en als een adequate behandeling wordt ingezet ook op het beloop, maar dit effect blijft bescheiden.

De gesignaleerde onderbehandeling is niet uitsluitend een Nederlands probleem. Volgens een consensus statement van ESEMED²⁵, een epidemiologische studie naar psychiatrische stoornissen in zes EU landen, moet in al die landen, waaronder Nederland, de huidige behandeling van angst en depressie suboptimaal genoemd worden.

Het probleem is duidelijk. Nu de oplossing. Er zijn interventies, hoewel hun werkzaamheid, zeker op lange termijn, niet overdreven moet worden.

Natuurlijk blijven nieuwe behandelingen welkom als ze maar effectiever zijn dan de bestaande, maar de opgave om ze op de goede plek beschikbaar te stellen is minstens zo belangrijk. Hoe krijgen we voor elkaar dat ze bij de juiste personen terecht komen? In de huidige situatie kan men bijvoorbeeld betwijfelen of de 800.000 Nederlanders die met een SSRI behandeld worden ook degenen zijn die daar het meeste baat bij hebben. In een aantal opzichten is het van belang een ander perspectief te kiezen en opnieuw te kijken naar de organisatie van de zorg. Hoewel we al lang weten dat angst en depressie aandoeningen zijn met een voor veel patiënten een chronisch beloop, hebben we de zorg nog steeds georganiseerd alsof het verhelpen van acute episodes afdoende is.

Naar het voorbeeld van de somatische zorgmodellen voor chronische aandoeningen zoals diabetes, hebben onderzoekers zoals Katon^{26, 27} in Seattle en Kates²⁸ in Canada de behandeling voor angst en depressie zodanig ingericht, dat de samenwerking tussen eerste en tweede lijn rond de patiënt sterk geïntensiveerd is en een lange termijn perspectief wordt gegarandeerd. Katon introduceerde hiervoor de naam Collaborative Care.

Ingrediënten van een dergelijke aanpak zijn:

1. De huisarts die de eindverantwoordelijkheid heeft en het medicatiebeleid uitvoert.
2. Versterking van de eerste lijn door een care manager: een verpleegkundige die de huisarts ondersteunt en getraind is in korte specifieke interventies zoals Problem Solving Therapy
3. Supervisie door een vaste psychiater van de care manager. De psychiater is ook beschikbaar voor consultatie en overleg ten behoeve van de huisarts
4. Verbetering van detectie van depressie en angst door middel van screening met korte vragenlijsten.
5. Ruime beschikbaarheid van educatief materiaal en patiëntvoorlichting
6. Routine Outcome Monitoring: het systematisch periodiek meten van stemming of angstklachten met behulp van ICT zodat behandelbeslissingen ondersteund worden.
7. Getrapte zorg of stepped care, wat inhoudt dat de meest eenvoudige interventies eerst worden aangeboden.
8. Algoritmes voor het gebruik van medicatie en andere interventies als onderdeel van de stepped care werkwijze.
9. Contracteren of in een afspraak tussen huisarts en patiënt vastleggen hoe het behandeltraject er zal uitzien. Daarbij wordt rekening gehouden met de behandelvoorkeuren van de patiënt.

Van verschillende onderdelen van dit model is duidelijk dat ze elk op zich niet in staat zijn het behandel-effect veel te beïnvloeden. Zo is het systematisch meten van de ernst van de klachten of de Routine Outcome Monitoring alléén, niet voldoende om uitkomst te veranderen. Het beschikbaar stellen van educatief materiaal heeft evenmin een zelfstandig effect op de uitkomst. Maar er zijn aanwijzingen dat in zijn samenhang dit geheel van Collaborative Care wel tot een beter effect leidt. Voor de USA en Groot Britannië is aangetoond dat de samenwerking tussen het trio huisarts, care manager en psychiater het effect versterkt ^{29, 30}.

Het sterkste punt van het Collaborative Care model is wellicht, dat het beter helpt om die mensen in zorg te krijgen en te houden, die door behandeling gezondheidswinst kunnen bereiken. Met name met onderhoudsbehandeling en recidiefpreventie kan een groot deel van de huidige ziektelast worden voorkomen. ^{31, 32}

Dit gaat op individueel niveau ongetwijfeld met extra kosten gepaard. Vanuit maatschappelijk perspectief ontstaat echter een ander beeld. Andrews e.a. ³³ hebben voorgerekend dat het toepassen van optimale zorg, in plaats van gebruikelijke zorg een aanzienlijke verlaging van de ziektelast zou opleveren terwijl de kosteneffectiviteit ongeveer verdubbelt. Als meer mensen met klachten bereikt zouden worden, worden deze cijfers nog gunstiger.

Er doet zich op het ogenblik een aantal gunstige ontwikkelingen voor die de kans op realisering van dit soort veranderingen kunnen bevorderen. De kloof tussen GGZ en somatische zorg gaat verdwijnen. Op veel plaatsen is er al een Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige in de huisartsenpraktijk. Preventie is een aandachtsgedebiet. Er zijn internetprogramma's ontwikkeld voor zelfhulp en voor meting van klachten in de eerste lijn (Primquest) en in de tweede lijn (Questmanager). Op verschillende plaatsen zijn groepen huisartsen en GGZ instellingen met elkaar in overleg om deze instrumenten

te gebruiken en hun zorg in stepped care modellen onder te brengen. Het enige dat nog moet gebeuren is al deze ontwikkelingen op een systematische en integrale manier bij elkaar brengen. Leiden en Amsterdam zijn betrokken bij een concreet plan om samen met een zevental GGZ instellingen een dergelijke samenwerking tussen eerste en tweede lijn op te zetten onder de voorlopige namen SAS- ROM/ PRIMQUEST, dan wel VICINO.

Welke belemmerende factoren bij de uitvoering van dit plan nog een rol zouden kunnen spelen wil ik op deze mooie dag gaarne buiten beschouwing laten.

Aan het einde van deze rede wil ik een aantal mensen bedanken.

Om te beginnen mijn ouders en partner Marian en kinderen Cathy en Stef voor hun steun in de voorbije jaren. Mijn vader heeft deze dag niet meer mogen meemaken, maar mijn moeder is gelukkig nog bij ons.

Met de besturen van Stichting Buitenamstel Geestgronden en haar voorgangers heb ik een uitstekende samenwerkingsrelatie gehad. Ik bedank in het bijzonder Marian Nijsen en Ruud Weggemans voor hun steun bij het opzetten van een academische infrastructuur. Het bestuur van VUmc en in het bijzonder Ed van der Veen ben ik erkentelijk, onder meer voor hun medewerking bij het opbouwen van het topkader van de afdeling. Dat was goed beleid, waar zij zelf ook nog veel plezier van zullen hebben.

Het is een voorrecht geweest om met een aantal heldere geesten te mogen samenwerken. Om te beginnen Harry Rooijmans, mijn promotor en de voorvechter van de nuchtere psychiatrie, die belangrijk heeft bijgedragen tot de stimulering van empirisch onderzoek en de hernieuwde aansluiting van de tegenwoordige psychiatrie bij de algemene geneeskunde.

Willem van Tilburg, wij hebben de laatste 20 jaar de leiding over de afdeling gedeeld en ik kijk met veel plezier terug op het effectieve samenspel dat we in die tijd hebben ontwikkeld. Met jouw creatieve mix van flexibiliteit en

doelgerichtheid heb je vele hindernissen voor de afdeling weten te omzeilen en je bent er in geslaagd om vanuit een ongunstige beginpositie de afdeling tot grote bloei te brengen. Ik heb het een voorecht gevonden om hierin je partner zijn.

Twee dames hebben een onmisbare rol gespeeld: Mieke Vink, als trouwe en standvastige secretaresse regelde je niet alleen het onderwijs maar je loste ook tal van problemen op voor ze schade konden aanrichten, en Carla Philippus, met je onverwoestbare goede humeur en je taaie vasthoudendheid was je de stille kracht die steeds de financiële knelpunten en de formatieve perikelen van de afdeling onder controle te houden. Ik hoefde maar te zeggen: regel dat! En het werd geregeld.

Ik heb als psychiater veel gehad aan samenwerking met psychologen. Twee daarvan zijn Paul Emmelkamp, een van de beste wetenschappers die we hebben, en Philip Spinhoven. Philip, met jou kijk ik terug op een jarenlange plezierige en vruchtbare samenwerking die begon toen je stagiaire was op de Jelgersmapolikliniek en voortduurde nadat je een vooraanstaand hoogleraar in de psychologie werd. Kees Hoogduin, Freddy Lange en Kees van der Velde, drie leden van de Directieve Therapie- groep, jullie zijn een bron van creativiteit en inspiratie geweest.

De collega's en senior onderzoekers van de afdeling psychiatrie vormen een diverse en talentrijke groep. Ik ga ze niet allemaal bij naam noemen. Dat geldt ook voor de managers van GGZ Buitenamstel. Ik maak een uitzondering voor Ton van Balkom met wie ik samen met Carla Phillipus de verantwoordelijkheid voor de poliklinieken heb gedeeld. Het was een tijd dat we nog zonder business plan een goed lopende poli voor topreferente zorg konden opzetten. Aartjan Beekman, ik bewonder je wetenschappelijke talenten en heb veel vertrouwen in je als nieuwe afdelingshoofd. Ik hoop dat je er in zult slagen om de ruimte voor jouw eigen onderzoek te behouden. Met verschillende groepen van VU en VUmc hebben we een vruchtbare samenwerking en ik hoop dat die bestendigd wordt.

Een van de meest bevredigende activiteiten vond ik het begeleiden van promovendi. Ik heb daarvan veel geleerd. Ik dank alle voormalige promovendi en medebegeleiders voor deze input.

Tot slot mijn dank aan alle NESDA onderzoekers en veldwerkers en overige betrokkenen, waaronder de secretarissen van Geestkracht, die er toe bijdragen dat NESDA een groot succes gaat worden.

Dat geldt in het bijzonder voor de leden van het dagelijks bestuur van NESDA en Marissa Kok. Jullie bijdrage om dit complexe consortium tot een harmonieuze samenwerking te brengen is onmisbaar. Jan Smit, jij hebt je behalve voor NESDA ook voor de afdeling volstrekt onvervangbaar gemaakt als methodoloog, bouwer van een onderzoeksinfrastructuur en probleemoplosser. Brenda, hoewel NESDA nog maar in zijn beginfase is, heb je al laten zien dat je het consortium tot grote bloei zult brengen. Ik verheug me er op dit nog mee te maken.

Ik heb gezegd

REFERENTIES

1. Penninx, B.W.J.H. Psychiatrische epidemiologie: De symptomen voorbij. Oratie, Vrije Universiteit Amsterdam, 2007.
2. Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis*. Trimbos instituut, Houten, 2003.
3. Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. *Multidisciplinaire richtlijn depressie. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een depressie*. Trimbos instituut, Houten, 2005.
4. Marks, I.M. *Cure and care of neuroses. Theory and practice of behavioral psychotherapy* John Wiley&Sons Inc., New York, 1981.
5. Arnold, I.A., de Waal, M.W.M. *Somatoform disorders in general practice. Epidemiology, treatment and comorbidity with depression and anxiety*. Proefschrift, Leiden Universiteit, 2006.
6. van Schaik, D.J.F. *Interpersonal Psychotherapy for late life depression in general practice*. Proefschrift, Vrije Universiteit Amsterdam, 2006.
7. Roth, A., Fonagy, P. *What Works for Whom? A critical review of psychotherapy research*. Guilford Press, 2nd edition, New York, 2004.
8. Schreuders, B. *Problem Solving Treatment. Provided by nurses for patients with mental health problems in general practice*. Proefschrift, Vrije Universiteit Amsterdam, 2007.
9. Van Boeijen, C.A. *Feasibility and efficacy of treatment for anxiety in primary care*. Proefschrift, Vrije Universiteit Amsterdam, 2006.
10. Hermens, M.L.M. *Antidepressant treatment for minor and mild-major depressive disorders in primary care*. Proefschrift, Vrije Universiteit Amsterdam, 2005.
11. Conradi, H.J. *Treatment and Risk Factors for Depression. Long-term results of a randomized controlled trial in primary care*. Proefschrift, Rijks Universiteit Groningen, 2007.
12. van der Feltz-Cornelis, C.M. *Psychiatric consultation for patients with somatoform disorder in general practice*. Proefschrift, Vrije Universiteit Amsterdam, 2002.
13. Thomas, S., Geijer, R.M.M., van der Laan, J.R., Wiersma, Tj. *NHG-Standaarden voor de huisarts II*. Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht, 1996.
14. Balkom, A.J.L.M., Oosterbaan, D.B. Leiden richtlijnen tot een betere praktijk? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, in press.
15. Stein, M.B., Sherbourne, C.D., Craske, M.G., Means-Christensen, A., Bystritsky, A., Katon, W., Sullivan, G., Roy-Byrne, P.P. Quality of care for primary care patients with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry* 2004;161(12):2230-2237.
16. Fernandez, A., Haro, J.M., Martinez-Alonso, M., Demyttenaere, K., Brugha, T.S., Autonell, J., De Girolamo, G., Bernert, S., Lépine, J.P. and Alonso, J. Treatment adequacy for anxiety and depressive disorders in six European countries. *British Journal of Psychiatry* 2007;190, 172-173.
17. Weinmann, S., Koesters, M., Becker, T. Effects of implementation of psychiatric guidelines on provider performance and patient outcome: systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 2007;115:420-433
18. Bauer, M., Whybrow, P.C., Angst, J., Versiani, M., Moller, H.J., Disorders WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Unipolar Depressive: World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSB) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders, part I: Acute and continuation treatment of major depressive disorder. *World Journal of Biological Psychiatry* 2002; 3:5-43.
19. Dawson, M.Y., Michalak, E.E., Waraich, P., Anderson, J.E., Lam, R.W. Is remission of depressive symptoms in primary care a realistic goal? A meta-analysis. *BMC Family Practice* 2004;5:19.
20. Ormel, J., Bartel, M., Nolen, W.A. Onderbehandeling bij depressie; oorzaken en aanbevelingen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2003;147(21):1005-1009.
21. Ormel, J., Bartel, M., Nolen, W.A. De Depressieparadox: werkzame behandelingen, maar geen dalende prevalentie. Oorzaken en beleidsaanbevelingen. *Tijdschrift voor de psychiatrie* 2004; 46(4):237-246.
22. Ormel, J., Tiemens, B.G., van Os, T.W.D.P., van der Meer, K., Jenner, J.A., van den Brink, R.H.S. Betere herkenning en behandeling van depressie en soms sneller herstel na nascholing van huisartsen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1998;142(47): 2572-76.
23. van Os, T.W.D.P. *Pandora's box. How to improve treatment and outcomes of depression in primary care?* Proefschrift, Rijks Universiteit Groningen, 2003.
24. Tiemens, B.G. *Management of mental health problems in primary care. The doctor, the patient, and the medical model*. Proefschrift, Rijks Universiteit Groningen, 1999.
25. Nutt, D.J., Kessler, R.C., Alonso, J., Benbow, A., Lecrubier, Y., Lépine, J.P., Mechanic, D., Tylee, A. Consensus statement on the benefit to the community of ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) survey data on depression and anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry* 2007;68 Suppl 2:42-48.
26. Unützer, J., Katon, W., Callahan, C.M., Williams, J.W. Jr., Hunkeler, E., Harpole, L., Hoving, M., Della Penna, R.D., Hitchcock Noël, P., Lin, E.H.B., Areán, P.A., Hegel, M.T., Tang, L., Belin, T.R., Oishi, S., Langston, C. for the IMPACT Investigators. Collaborative care management of Late-Life Depression in the Primary Care Setting. A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 2002; 288:2836-45.

27. Katon, W.J., Von Korff, M., Lin, E.H.B., Simon, G., Ludman, E., Russo, J., Ciechanowski, P., Walker, E., Bush, T. The Pathways Study. A randomized trial of collaborative care in patients with diabetes and depression. *Archives of General Psychiatry* 2004;61:1042-49.
28. Kates, N., Craven, M., Crustolo, A.M. et al. Integrating mental health services within primary care: a Canadian program. *Year Book of Psychiatry and Applied Mental Health* 1999;5:202-203.
29. Gilbody, S., Bower, P., Fletcher, J., Richards, D., Sutton, A.J. Collaborative care for depression. A cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch Intern Med* 2006;166:2314-21.
30. Bower, P., Gilbody, S., Richards, D., Fletcher, J., Sutton, A. Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. *British Journal of Psychiatry* 2006;189:484-493.
31. Vos, T., Haby, M.M., Barendregt, J.J., Kruishaar, M., Corry, J., Andrews, G. The burden of major depression avoidable by longer-term treatment strategies. *Archives of General Psychiatry* 2004;61(11):1097-1103.
32. Ijff, M.A., Huijbregts, K.M.L., van Marwijk, H.W.J., Beekman, A.T.F., Hakkaart-van Roijen, L., Rutten, F.F., Unützer, J., van der Feltz-Cornelis, C.M. Cost-effectiveness of collaborative care including PST and an antidepressant treatment algorithm for the treatment of major depressive disorder in primary care: a randomised clinical trial. *BMC Health Services Research* 2007;7:34.
33. Andrews, G., Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J., Lapsley, H. Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *British Journal of Psychiatry* 2004;184:526-533.